

另選計畫登記請求書

WAIVER ENROLLMENT REQUEST

當事人姓名		發展殘障處個案號碼	出生日期	轉介日期
地區	個案管理員		<input type="checkbox"/> 轉介至另一項另選計畫	<input type="checkbox"/> 新的另選計畫轉介
法律根據				
華盛頓州行政法規第388-845-0045條		「當另選計畫有名額能接納更多人時，發展殘障處如何決定接納何人？」		
華盛頓州行政法規第388-845-0050條		「我應如何提出登記加入另選計畫的請求？」		
華盛頓州行政法規第388-845-0070條		「是甚麼因素決定我是否有資格享受智障者中級設施看護服務(ICF/MR)？」		
更換另選計畫安置選擇的請求（僅需要為目前已享受另選計畫之當事人填寫此欄內容）				
現有的另選計畫安置選擇		要求更換安置選擇		
<input type="checkbox"/> 基本服務 <input type="checkbox"/> 基本附加服務 <input type="checkbox"/> 核心計畫 <input type="checkbox"/> 社區保護計畫		<input type="checkbox"/> 基本服務 <input type="checkbox"/> 基本附加服務 <input type="checkbox"/> 核心計畫 <input type="checkbox"/> 社區保護計畫		
根據華盛頓州行政法規第388-845-0045條規定之優先條件（需為所有提出請求之當事人填寫此欄內容）				
祇可在下列選項中選擇一項優先條件（1，2，3，或者不適用）				
<input type="checkbox"/> 1. 當事人目前已享受另選計畫服務，但請求更換至另一項另選計畫，以滿足其需求。				
<input type="checkbox"/> 2. 優先組：（請在下列各項中選擇一項）				
<input type="checkbox"/> 屬於經立法機構確認並資助的優先組之一員。				
<input type="checkbox"/> 出於健康及安全方面的需求，極有可能立即被智障者中級設施看護服務計畫所接納。				
<input type="checkbox"/> 對社區安全構成危險。				
<input type="checkbox"/> 目前接受僅由州府資助的服務。				
<input type="checkbox"/> 接受家庭與社區服務安置另選計畫服務者；該計畫提供的服務將超出為滿足服務對象已確定的健康與福利需求之服務範圍。				
<input type="checkbox"/> 從2004年4月開始享受家庭與社區服務另選安置計畫(HCBS)服務，並因華盛頓州行政法規第388-845-0060(9)條規定而失去其另選安置計畫資格者				
<input type="checkbox"/> 3. 需要另選計畫中的基本計畫服務，以便留在自己家中。				
<input type="checkbox"/> 不適用 不符合上述任何一項標準。				
華盛頓州行政法規第388-845-0050條關於享受智障者中級設施看護服務計畫之資格規定（須為所有提出請求之當事人填寫此欄內容）				
<input type="checkbox"/> 確定當事人的需求程度已達到享受第15-168條或第15-170A條所規定之智障者中級設施看護服務的標準。				
<input type="checkbox"/> 當事人的需求程度未達到享受智障者中級設施看護服務的標準。 請停止！如果不符合享受智障者中級設施看護服務的條件，請不要再繼續填				
確認具體服務標準，以便為當事人選擇最能反映其需求的另選計畫（須為所有提出請求之當事人填寫此欄內容）				
基本另選計畫	<input type="checkbox"/> 與家人同住，或在自己家中居住。			
	<input type="checkbox"/> 有一個強有力的自然贍養體系支持。			
	<input type="checkbox"/> 家庭或照顧服務提供者繼續照顧當事人的能力可能有問題，但如能給予補充服務，則仍可繼續下去。			
	<input type="checkbox"/> 不需離開家的住宿看護服務。			
基本附加另選計畫	<input type="checkbox"/> 與家人同住或者居住在另一個能得到幫助的環境，但極有可能被安置在自家以外的地方或者失去現有的居住條件。			
	<input type="checkbox"/> 需要住在成人之家或成人住宿看護服務所。			
	<input type="checkbox"/> 為其日間活動計畫服務每年需支付\$6,500以上。			
核心計畫	<input type="checkbox"/> 需要離開其家長，到家庭以外的機構去接受住宿式復健服務。			
	或者			
	<input type="checkbox"/> 與家長/家人一同住在家裡，但極有可能立即被離家安置，並接受祇有基本附加另選計畫才能提供的服務。			
社區保護另選計畫	<input type="checkbox"/> 居住於，或即將遷入社區；而且			
	<input type="checkbox"/> 需要24小時有人在場監督，以確保他人安全；而且			
	<input type="checkbox"/> 需要康復治療，以及/或者其他復健服務；而且			
	<input type="checkbox"/> 符合發展殘障處關於「社區保護」的等級標準。			

建議中心辦公室按下列時間回應（所建議的時間反映對另選計畫服務需求的迫切程度）

- ☐ 緊急（不超過24小時）。當事人處境危急，而且得不到任何援助。
- ☐ 30天之內。將於30天之內喪失現有的關鍵性的幫助服務。
- ☐ 不緊急。
- ☐ 其他（請解釋）：

目前的生活狀況

- | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無家可歸 | <input type="checkbox"/> 精神病醫院 |
| <input type="checkbox"/> 住在自己家裡，但沒有付費或不付費的幫助服務 | <input type="checkbox"/> 醫療設施 |
| <input type="checkbox"/> 住在自己家裡，但所獲得的居家幫助服務不充分 | <input type="checkbox"/> 監獄/教管所 |
| <input type="checkbox"/> 與家長/家人/監護人同住的兒童 | <input type="checkbox"/> 22歲以下者，居住在不屬於發展殘障處的寄養家庭/合住家庭 |
| <input type="checkbox"/> 與（65歲或這一年齡以上的）年邁家長同住的成人 | <input type="checkbox"/> 其他人： |
| <input type="checkbox"/> 與非親屬者同住的成人 | |

地區行政官員

- ☐ 建議批准
- ☐ 建議不批准

意見：

地區行政官員或被指派者

日期

中心辦公室批准意見

- ☐ 批准
- ☐ 不批准

意見：

另選計畫管理人員或被指派者

日期

NEW WAIVER REFERRAL - FOR CENTRAL OFFICE USE ONLY (新的另選計畫轉介 - 僅供中心辦公室使用)

RECOMMENDED WAIVER ASSIGNMENT

- ☐ Basic ☐ Basic Plus ☐ Core ☐ CP

Instructions

1. Complete this form when requesting waiver assignment for an individual who is:
 - In a DDD waiver but needs the services of a different waiver;
 - Requesting to be on a waiver after March 31, 2004.
2. The referral date for requests after March 31, 2004 is the date of the request.
3. For persons who requested to be on the CAP waiver prior to April 1, 2004, use their original request date as the referral date.
4. Determine if the person meets one of the priority populations. If the person meets one of the listed priority consideration populations, determine if the person has ICF/MR level of need per the 15-168 or 15-170A form.
5. Proceed to complete the form only if the person meets both conditions.
6. Provide the essential information about the individual's living circumstances and emergent needs.
7. If the person is found ineligible to have their waiver enrollment request entered into the database, consult with your designated regional staff person to review the information and confirm the decision of ineligibility.
8. Once the Regional Administrator has reviewed the request, and either gives their approval or denial, he/she would sign the form and retain a copy, as evidence that their signature is on file.
9. Notification:
 - A. For persons whose waiver enrollment requests are documented in a statewide database:
 - (i) The person/family will be notified by a department approved letter;
 - (ii) The case manager will be notified by e-mail.
 - B. For persons determined ineligible to be placed on the database:
 - (i) The case manager is responsible to send the HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial form (DSHS 15-283).
 - (ii) The form includes appeal rights to this denial based on WAC 388-845-0050.
 - (iii) The client/family can appeal per the following rules:
 - WAC 388-845-0045 contains the criteria for "priority considerations".
 - WAC 388-845-0070; 0075; 0080; 0085; 0090; 0095 is the criteria for determining ICF/MR level of care.